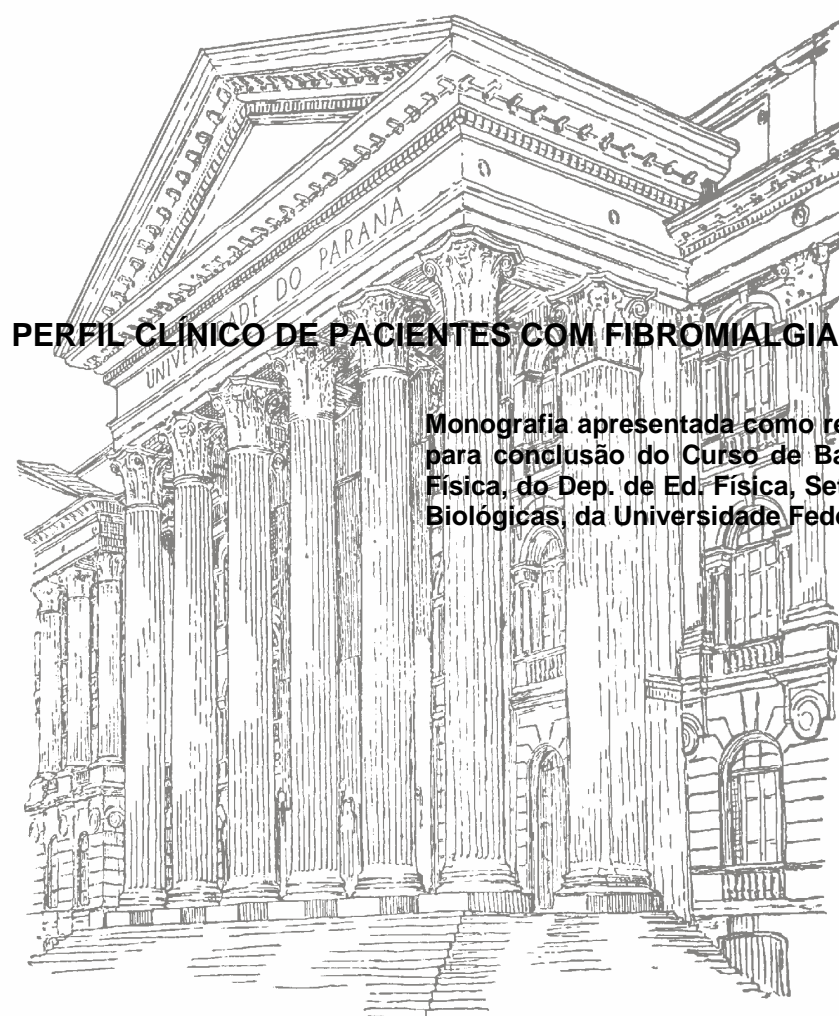


MÁRCIO ALAN NARCISO



PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do Curso de Bacharel em Ed. Física, do Dep. de Ed. Física, Setor de Ciências Biológicas, da Universidade Federal do Paraná.

CURITIBA

2006

MÁRCIO ALAN NARCISO

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM FIBROMIALGIA

**Monografia apresentada como requisito parcial
para conclusão do Curso de Bacharel em Ed.
Física, do Dep. de Ed. Física, Setor de Ciências
Biológicas, da Universidade Federal do Paraná.**

ORIENTADORA: PROF^a DR^a NEIVA LEITE

Agradeço enormemente à minha orientadora, excelentíssima
Neiva, minha família, namorada, amigos e Dr. Eduardo
Paiva pelo apoio e compreensão.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	iv
RESUMO	v
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 OBJETIVO GERAL	2
1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	2
2 REVISÃO DE LITERATURA	3
2.1 PREVALÊNCIA	3
2.2 ETIOPATOGENIA	4
2.3 DIAGNÓSTICO	4
2.3.1 Aspectos Clínicos	4
2.3.2 Exame Físico	6
2.4 TRATAMENDO DA FIBROMIALGIA	9
2.4.1 Tratamento Farmacológico	9
2.4.2 Tratamento Não-farmacológico	11
3 METODOLOGIA	13
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	13
3.2 AMOSTRA	13
3.3 MATERIAIS E MÉTODOS	13
3.4 COLETA DE DADOS	14
3.5 TRATAMENTO DOS DADOS	14
4 RESULTADOS	15
5 DISCUSSÃO	19
6 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23
ANEXO 1	27

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS VARIÁVEIS	15
TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS COMORBIDADES CONFORME A PRÁTICA OU NÃO DE ATIVIDADE FÍSICA	16
TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS HÁBITOS CONFORME A PRÁTICA OU NÃO DE ATIVIDADE FÍSICA	16
TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS SINTOMAS CONFORME A PRÁTICA OU NÃO DE ATIVIDADE FÍSICA	17
TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE TRATAMENTO CONFORME A PRÁTICA OU NÃO DE ATIVIDADE FÍSICA	18

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar o perfil de pacientes com fibromialgia quanto às características do tratamento farmacológico e não-farmacológico, comparando as mulheres praticantes e não-praticantes de atividades físicas quanto à presença de co-morbidades. Estudo descritivo, transversal e do tipo *survey*. A amostra foi composta por 89 mulheres com fibromialgia, de maneira não-aleatória e por conveniência, que responderam o Protocolo do Ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas do Paraná, no ano de 2005. O protocolo abrange questões sobre co-morbidades, vícios, atividade física programada, tratamento e eficácia. A amostra foi dividida em 2 grupos conforme a prática de atividades físicas (AF) em: praticantes AF (n = 42 / 47,19%) e não-praticantes AF (n = 47 / 52,81%). Os dados não-paramétricos foram analisados com o teste qui-quadrado, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Verificou-se que a média de idade de todo grupo foi de $50,88 \pm 10,41$ anos, 93,26% das pacientes realizavam tratamento farmacológico e 35,96% realizavam tratamento não-farmacológico. Os distúrbios endócrinos ocorreram em 33,71%, entre eles o hipotireoidismo foi encontrado em 16,85%. Os sintomas depressivos ocorreram em 40,45%. Na análise das praticantes AF, a média de idade foi de $48,74 \pm 7,86$ anos, 92,86% faziam tratamento farmacológico e os sintomas mais verificados foram o sono não-reparador (73,81%) e os sintomas depressivos (28,57%). No grupo de não-praticantes AF, a média de idade foi de $52,79 \pm 12,02$ anos, 93,62% faziam tratamento farmacológico e os sintomas mais presentes foram o sono não-reparador (76,60%), sintomas depressivos (51,06%) e fadiga (25,53%). Não houve diferença significativa entre os grupos nas variáveis analisadas, exceto os sintomas depressivos, que atingiram maior proporção no grupo não-praticantes AF ($\chi^2 = 5,06$; $p = 0,0245$). Neste estudo, a limitação de comparação entre os grupos foi a falta de prescrição e controle das atividades físicas realizadas. Mais estudos na área são necessários, levando em conta a necessidade de um tratamento multidisciplinar para minimizar os sintomas dolorosos e psíquicos das pacientes com fibromialgia.

Palavras-chave: Tratamento, Atividade física e Depressão.

1 INTRODUÇÃO

A fibromialgia é definida como uma síndrome dolorosa crônica, não inflamatória e que se manifesta no sistema músculo-esquelético, podendo apresentar sintomas em outros aparelhos e sistemas corporais. Sua etiologia está sendo estudada pelos pesquisadores que, aparentemente, afirmam haver uma associação com o mecanismo de sensibilidade à dor do sistema nervoso central (WOLFE *et al.*, 1990).

A síndrome de fibromialgia é constatada a partir da presença de alguns critérios, como dor difusa crônica envolvendo todos os quatro quadrantes do corpo e o esqueleto axial e apresentar 11 ou mais pontos dolorosos, que são locais pré-estabelecidos mais susceptíveis à dor devido à pressão sobre ele exercida. Esses critérios foram determinados para tentar homogeneizar as populações para estudos científicos (WOLFE *et al.*, 1990).

Essa síndrome afeta com maior frequência indivíduos do sexo feminino, com idade entre 30 a 50 anos, mas não deixando livres homens, indivíduos mais novos e pessoas mais idosas (HARRISON *et al.*, 2006). Existem fatores que podem agravar o quadro doloroso da fibromialgia, tais como a falta de condicionamento físico, mudanças hormonais, estresse e traumas emocionais, doenças infecciosas e sono não reparador. Esses fatores podem ser resultantes da ausência de restauração de energia e conseqüente cansaço, fadiga e hereditariedade (WINFIELD, 1999).

O tratamento dessa síndrome tem como finalidade o alívio da dor, a melhora da qualidade do sono, a manutenção ou restabelecimento do equilíbrio emocional, a melhora do condicionamento físico e da fadiga. O tratamento pode ser realizado de duas maneiras, farmacológico e não-farmacológico. O farmacológico está baseado principalmente na utilização de antidepressivos, bloqueadores seletivos de recaptação de serotonina, tendo ação no alívio da dor, benzodiazepínicos, visando alteração da estrutura do sono, e analgésicos. Já o não-farmacológico é baseado principalmente em exercícios físicos de caráter aeróbio, sem carga e sem grandes impactos para o aparelho osteoarticular, auxiliando tanto no relaxamento como no fortalecimento muscular, reduzindo a dor e, em menor grau, melhorando a qualidade do sono. Além disso, a prática de exercícios físicos apresenta um efeito analgésico ocorrente após liberação de endorfinas, funcionando como antidepressivo e,

também, proporcionando uma sensação de bem estar global e de autocontrole (JONES *et al.*, 2002).

Devido à gravidade dessa síndrome e ao grande envolvimento da atividade física como método de tratamento e até mesmo como prevenção, o propósito deste estudo foi identificar o perfil das mulheres com fibromialgia quanto às características do tratamento farmacológico e não-farmacológico, realizado pelas pacientes atendidas no Ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas de Curitiba, no ano de 2005.

1.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil das mulheres com fibromialgia quanto às características do tratamento farmacológico e não-farmacológico.

1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Verificar se existem diferenças entre as mulheres que praticavam atividade física e as que não praticavam.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A fibromialgia é uma síndrome de caráter não-inflamatório, caracterizada por dor muscular intensa, em diversas regiões do corpo, ou seja, dor difusa, crônica, associada à maior sensibilidade dolorosa em pelo menos onze dos dezoito pontos dolorosos específicos, os denominados *tender points* (WOLFE *et al.*, 1990; WINFIELD, 1999).

A fibromialgia é uma condição reumática não-deformante, que atualmente é definida como complexo ou síndrome. Tal síndrome não apresenta uma causa única ou cura para seus sintomas abrangentes e persistentes (CHAITOW, 2002).

Além de ser uma etiopatogenia ainda pouco conhecida, a fibromialgia apresenta fadiga, distúrbios do sono, depressão, alterações do humor e dificuldade para se concentrar (MARQUES, 2002).

2.1 PREVALÊNCIA

Segundo Wolfe *et al.* (1995) a prevalência de fibromialgia na população em geral com mais de 18 anos é de 2%, acometendo principalmente mulheres, em uma razão de 9:1, em comparação com o sexo masculino. A prevalência dessa síndrome na população norte-americana foi relatada como sendo de 3,4% em mulheres e 0,5% em homens. Segundo esse mesmo estudo, a fibromialgia não foi identificada em mulheres jovens e sim, naquelas com 50 anos de idade ou mais. A prevalência aumenta com a idade, sendo de 7,4% em mulheres entre 70 a 79 anos. Embora incomum, existem relatos de casos que ocorreram com pacientes jovens, de até doze anos, mas a faixa etária mais comum de aparecimento da doença é entre 30 a 50 anos (HARRISON, 2006).

A média de idade por ocasião do diagnóstico é de 49 anos (WOLFE *et al.*, 1990) com predominância do sexo feminino cerca de 89% (MARQUES *et al.*, 2002). Existem fatores que podem agravar o quadro doloroso dessa síndrome, tais como a falta de condicionamento físico, mudanças hormonais, estresse e traumas emocionais, doenças infecciosas e sono não reparador. Esses fatores podem ser resultantes da ausência de restauração de energia e conseqüente cansaço, fadiga e hereditariedade (WINFIELD, 1999).

2.2 ETIOPATOGENIA

A etiopatogenia da fibromialgia ainda não está bem definida, embora ocorram fenômenos psicossomáticos na maior parte dos pacientes. Os agentes bacterianos e virais podem estar relacionados com a origem dessa síndrome, havendo alguma associação entre a doença e a infecção pelo vírus da hepatite C. Além do possível efeito psicossomático, as áreas de função do sistema nervoso que podem estar representando algum papel na patogênese da fibromialgia incluem: as alterações na sensibilidade dolorosa, as alterações autonômicas e de sistemas neuroendócrinos (DA COSTA *et. al.*, 2005).

Segundo Skare (2001), as áreas fisiopatológicas que têm sido estudadas em indivíduos com fibromialgia são duas: a área do sistema nervoso central e a área periférica, compreendida por músculos e tecidos. Nesses locais, as principais hipóteses etiopatológicas pesquisadas são os distúrbios do sono, as alterações psiquiátricas, a percepção da dor e as alterações em músculos e tecidos periféricos.

A fibromialgia pode ocorrer em indivíduos que apresentem predisposição genética, ou seja, susceptibilidade biológica à síndrome e, também, pelo contato com fenômenos que possam desencadear os sintomas; tais fenômenos incluem trauma físico, estresse emocional, infecções, alterações imunológicas entre outras (CLAUW, 2001; KOOPMAN, 1997).

Uma vez que a fibromialgia permaneça como uma entidade de etiopatogenia, provavelmente de natureza multifatorial e ainda não esclarecida suficientemente, não possuindo exames complementares consistentes que auxiliem no diagnóstico, o exame físico e anamnese de qualidade tornam-se as únicas e reconhecidas fontes de dados para seu diagnóstico (DA COSTA *et. al.*, 2005).

2.3 DIAGNÓSTICO

2.3.1 Aspectos Clínicos

Os aspectos clínicos desta síndrome costumam ser polimorfos, exigindo uma anamnese cuidadosa e exame físico detalhado. O sintoma presente em todos os pacientes é a dor difusa e crônica, envolvendo o esqueleto axial e periférico. Em

geral, os pacientes têm dificuldades para localizar a dor, muitas vezes apontando sítios peri-articulares, sem especificar se a origem é muscular, óssea ou articular. O caráter da dor é bastante variável, podendo ser de alguns tipos: queimação, pontada, peso, “tipo cansaço” ou como uma contusão. É comum a referência de agravamento pelo frio, umidade, mudança climática, tensão emocional ou por esforço físico (PROVENZA *et al.*, 2004).

Os sintomas dolorosos são acompanhados de sono não-reparador e a fadiga, presentes na grande maioria dos pacientes. Os distúrbios do sono podem resultar na ausência de restauração de energia e conseqüentemente cansaço, que aparece logo no início do dia. A fadiga pode ser bastante significativa, com sensação de exaustão fácil e dificuldades para realização de tarefas laborais ou domésticas (PROVENZA *et al.*, 2004).

Outro sintoma geralmente presente é a “sensação” de inchaço, particularmente nas mãos, antebraços e trapézios, que não é observada pelo examinador e não está relacionada a qualquer processo inflamatório. Além dessas manifestações músculo-esqueléticas, existe a queixa de sintomas não relacionados ao aparelho locomotor. Entre essas queixas destaca-se a cefaléia, a tontura, o zumbido, a dor torácica atípica, a palpitação, a dor abdominal, a constipação, a diarreia, a dispepsia, a tensão pré-menstrual, a urgência miccional, a dificuldade de concentração e a falta de memória (YUNUS *et al.*, 1981).

Cerca de 30 a 50% dos pacientes diagnosticados com fibromialgia possuem depressão. Os sintomas de ansiedade, alterações do humor e do comportamento, irritabilidade e outros distúrbios psicológicos acompanham cerca de 1/3 desses pacientes, embora o modelo psicopatológico não justifique a presença da fibromialgia (AHLES *et al.*, 1991).

A dor, principal aspecto clínico da fibromialgia, é diferente de qualquer outra impressão sensorial porque se caracteriza não somente pela dimensão sensório-discriminativa que o indivíduo vivencia, mas, também, pelo componente afetivo-emocional que constitui a dimensão afetivo-motivacional da dor.

Conforme citado anteriormente, nessa síndrome a dor é caracterizada como crônica, além de ser bastante variável, pode ser do tipo queimação, “pontada”, peso, “tipo cansaço” ou como uma contusão. Inicialmente ela se apresenta mais localizada em uma região do corpo, principalmente na coluna cervical, envolvendo ou não os

músculos trapézios, começando como se fosse uma dor cervical e, em outros casos o quadro doloroso do paciente poderá começar diretamente de maneira difusa, afetando segmentos da coluna vertebral, membros superiores e inferiores, podendo apresentar-se de caráter migratória (RUSSEL *et al.*, 1992).

As repercussões geradas pela dor podem ser inúmeras, inclusive do ponto de vista social. Em pacientes com essa síndrome, a dor e a intolerância ao exercício físico podem em alguns casos reprimir a habilidade para o trabalho e para a execução das atividades funcionais e habituais (JACOBSEN *et al.*, 1993).

2.3.2 Exame Físico

A forma mais confiável de diagnóstico da fibromialgia é o exame físico. Esse apresenta fundamental importância, pois é a partir dele que é localizada a presença de sensibilidade dolorosa em determinados sítios anatômicos, chamados de *tender points*. Esse exame é realizado através de palpação manual com o polegar com força aplicada no local da dor (tender points) de aproximadamente 4 kgf (WOLFE, 1997).

A dígito-pressão de um examinador experiente dispensa o emprego do aparelho de pressão de superfície do tipo algômetro ou dolorímetro. O critério de resposta dolorosa em pelo menos 11 desses 18 pontos é recomendado como proposta de classificação, mas não devem ser considerados como essencial para o diagnóstico (WOLFE *et al.*, 1990).

O diagnóstico da fibromialgia é fundamentalmente clínico e baseia-se nos critérios adotados pelo Colégio Americano de Reumatologia, ou seja, à presença de queixas dolorosas músculo-esqueléticas, de caráter difuso, na vigência de 11 dos 18 pontos padronizados, à pressão com até 4 kgf/cm² obtida com dolorímetro ou por meio de digitopressão, como já citado (WOLFE, 1997).

Os pontos dolorosos correspondem a inserções tendíneas ao osso ou a ventres musculares. A positividade de um ponto é considerada quando o paciente refere desconforto doloroso local, após pressão obtida com o uso do dolorímetro ou equivalente ao exame por meio de digitopressão. O dolorímetro corresponde a um dispositivo que quantifica a compressão aplicada a uma superfície em kgf/cm² (WOLFE, 1997).

A utilidade clínica desses critérios para o diagnóstico de fibromialgia tem sido comprovada por estudos em todo o mundo e a sua sensibilidade é de 88% e sua especificidade é de 81% (RUSSEL *et al.*, 1992).

A sensibilidade de um exame significa que pode diferenciar as pessoas que têm, das pessoas que não têm fibromialgia, ou seja, de cada 100 pessoas, 88 que tiverem os 11 pontos dolorosos têm realmente fibromialgia, mas em 12 pessoas pode haver um erro. A especificidade do teste é de 81%, ou seja, de 100 pessoas que não têm esses 11 pontos, com certeza 81 delas não têm fibromialgia e, completando, são 19 pessoas que serão rotuladas como indivíduos sem fibromialgia e na realidade têm fibromialgia (RUSSEL *et al.*, 1992).

QUADRO 1: PONTOS DOLOROSOS OU *TENDER POINTS*

Nome	Localização
Suboccipital	Na inserção do músculo suboccipital.
Cervical baixo	Atrás do terço inferior do esternocleidomastóideo, no ligamento intertransverso C5-C6.
Trapézio	Ponto médio do bordo superior, numa parte firme do músculo.
Supra-espinhoso	Acima da escápula, próximo à borda medial, na origem do músculo supra-espinhoso.
Joelho	No coxim gorduroso, pouco acima da linha média do joelho.
2ª junção costo-condral	Lateral à junção, na origem do músculo grande peitoral.
Glúteo médio	Na parte média do quadrante súpero-externo na porção anterior do músculo glúteo médio.
Trocantérico	Posterior à proeminência do grande trocanter.
Epicôndilo lateral	2 a 5 cm de distância do epicôndilo lateral.

A localização da dor na síndrome de fibromialgia pode começar fixa em algum ponto do corpo antes de tornar-se disseminada. Esse caráter da dor chama-se caráter migratório. Os pacientes podem queixar-se de dor lombar, que pode irradiar-se para as nádegas e pernas (HARRISON, 2006).

Porém, de acordo com os critérios adotados para a fibromialgia (WOLFE *et al.*, 1990), existem nove pares de pontos dolorosos ou *tender points* pré-definidos e fixos no corpo, devendo a análise desses pontos fazer parte de qualquer exame físico.

Além de existir diferenças devido à localização dos pontos dolorosos, existem diferenças entre homens e mulheres com relação a muitos aspectos da experiência de dor, porque essencialmente todos os tipos de dor clínica são mais comuns em mulheres (WINFIELD, 1999). Assim, não é surpreendente que tanto o diagnóstico da fibromialgia quanto o número maior de *tender points* seja maior em mulheres do que em homens.

A sensibilidade de dor, especialmente em mulheres, parece envolver sensações de dor tônica profunda induzida por pressão, espasmo vascular e isquemia muscular, como aquelas experimentadas em enxaquecas, câibras e contraturas de músculos (WINFIELD, 1999).

Não obstante, a exigência de apresentar 11 de 18 pontos dolorosos para cumprir o critério diagnóstico de fibromialgia, é muito responsável pela doença ser sumamente mais prevalente em pacientes do sexo feminino. O outro componente da definição da fibromialgia, a dor crônica em todos os quatro quadrantes do corpo mais o esqueleto axial, ocorreu, na população, em mais de 50% do gênero feminino, mas não do masculino, entretanto, as mulheres têm aproximadamente nove vezes mais chances de apresentar 11 de 18 *tender points* do que os homens (WOLFE, 1997).

No estudo de Croft (1994), cerca de 81,5% dos pacientes com dor difusa apresentavam 11 ou mais *tender points*, enquanto 14,7% não apresentavam nenhum. As mulheres apresentavam mais *tender points* do que homens, sendo que 90% dos pacientes que tinham 11 ou mais *tender points* eram mulheres. Além do gênero feminino, tempo do ciclo menstrual, idade crescente, menor aptidão aeróbica e humor inconstante, também aumentam a sensibilidade dolorosa cutânea à pressão.

2.4 TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA

A complexidade dos sintomas torna o tratamento da fibromialgia um grande desafio, devendo ser encarado de forma multidisciplinar. Nenhuma forma única de tratamento pode controlar completamente os sintomas da fibromialgia. Para controlar tais sintomas é necessária a combinação entre medicação, terapia médica e psicológica, exercícios físicos e educação.

Segundo McCain (1996), apenas 50% dos pacientes apresentam melhora após intervenções disponíveis, dessa forma dificultando o estabelecimento de estratégias de tratamento.

Entretanto, a eficácia do tratamento é inversamente proporcional ao tempo de tratamento. Tratamentos com duração de 3 meses mostraram melhora significativa em 25 a 35% dos pacientes; tratamentos durando até 1 ano revelam redução da eficácia e, após 3 anos de tratamento, dois terços dos doentes relata dor moderada ou persistente (GOLDENBERG, 1989).

Basicamente, o tratamento dessa síndrome deve ter como finalidade o alívio da dor, a melhora da qualidade do sono, a manutenção ou restabelecimento do equilíbrio emocional, a melhora do condicionamento físico e da fadiga. Esse tratamento pode ser realizado de duas maneiras, farmacológico e não-farmacológico (YUNUS, 1994).

2.4.1 Tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico está baseado, principalmente, na utilização de anti-depressivos tricíclicos, sedativos em baixas doses, miorrelaxantes e analgésicos, como os opióides. A combinação entre os compostos tricíclicos, fluoxetina e amitriptilina mostrou-se eficaz na redução da dor (YUNUS, 1994). A amitriptilina atua na recaptção de serotonina e produz a liberação de opióides endógenos e, associada aos analgésicos, melhora a dor, a fadiga, a rigidez e as anormalidades do sono (TEIXEIRA, 2001).

A serotonina modula tanto a dor quanto o sono, sistemas que funcionam de maneira anormal na fibromialgia. Os efeitos benéficos dos antidepressivos tricíclicos são relacionados diretamente à capacidade de inibição da recaptção da serotonina,

causando uma redução da depressão, do relaxamento muscular e das anormalidades no sono. Em relação ao sono, a amitriptilina é o medicamento mais freqüentemente prescrito para o tratamento da fibromialgia atuando na melhora do sono reparador (GOLDENBERG *et al.*, 1996). Quando a amitriptilina é combinada com outros compostos tricíclicos, como a fluoxetina, mostra-se eficaz na redução da dor, apresentando melhora clínica do paciente (YUNUS, 1994).

A ciclobenzaprina, outro agente tricíclico com estrutura similar a da amitriptilina, quando utilizada apresenta melhora da função global, da dor, da qualidade do sono e redução dos tender points, apresentando, de maneira geral, boa tolerabilidade (LEVENTHAL, 1999). Esse medicamento é considerado um relaxante muscular e seu principal efeito farmacológico ocorre devido à sua capacidade moduladora do tônus muscular, em nível supra-espinhal, através da redução da atividade do neurônio motor eferente. Nos casos em que há um predomínio da depressão, a fluoxetina, um inibidor da recaptação da serotonina, pode ser opção de tratamento, pois reduz os sintomas, mas não altera significativamente o aspecto clínico doloroso. Seu uso é recomendado em associação com antidepressivos tricíclicos, porém pode ser usado isoladamente desde que os efeitos sobre o sono sejam monitorados (ANTÔNIO, 2002).

Mesmo sem haver evidências da existência de inflamação, os antiinflamatórios têm sido usados na abordagem de queixas dolorosas mais proeminentes, atuando no bloqueio da ação de prostaglandinas, substâncias que veiculam a dor e inflamação. São muito eficazes quando associados aos outros medicamentos, também atuando em sintomas associados à fibromialgia, tais como a cefaléia e a dor articular (LEVENTHAL, 1999).

Descrevendo cada um dos componentes do tratamento medicamentoso, os analgésicos são prescritos como parte do tratamento e apresentam papel importante na redução da dor. Os analgésicos comuns são mais utilizados no controle das fases mais sintomáticas, mostrando benefício temporário. Já os analgésicos opióides, esses devem ser utilizados com máximo cuidado, apenas em casos extremos de dor e de maneira muito bem selecionada, pois existe a incidência de efeitos colaterais e até mesmo a possibilidade de dependência pelo medicamento (ANTÔNIO, 2002).

Outros fármacos utilizados no tratamento, como os derivados benzodiazepínicos, atuam na fibromialgia promovendo relaxamento muscular e

diminuindo os movimentos de pernas durante o sono, porém, quando usados de forma contínua, podem apresentar efeito prejudicial sobre o sono, devido sua ação inibidora da instalação do chamado sono profundo, agravando a queixa de sono não restaurador. Além disso, os benzodiazepínicos podem exacerbar sintomas depressivos e causar dependência. Outro fármaco usado com algum efeito positivo na fibromialgia é o alprazolam, de ação antidepressiva e ansiolítica, causando melhoria em mais de 30% dos casos (SILVA *et al.*, 1997).

Os hipnóticos não-benzodiazepínicos têm sido estudados como coadjuvantes na melhoria do sono em pacientes com fibromialgia. Esse tipo de fármaco foi relacionado com uma redução significativa no escore de pontos dolorosos, podendo representar uma opção para otimizar o tratamento da fibromialgia em pacientes com distúrbios do sono, principalmente, quando em adição aos antidepressivos tricíclicos (VALIM *et al.*, 1997).

O tratamento medicamentoso isolado não parece ser o suficiente para o controle e redução dos sintomas da fibromialgia. Poucas abordagens têm se mostrado efetivas e, mesmo assim, sobre uma pequena parcela e de forma incompleta, sendo necessárias outras formas de intervenção (CHAITOW, 2002).

2.4.2 Tratamento Não-farmacológico

O tratamento não-farmacológico é baseado principalmente em exercícios físicos de caráter aeróbio, sem carga e sem grandes impactos para o aparelho osteoarticular, auxiliando tanto no relaxamento como no fortalecimento muscular, reduzindo a dor e, em menor grau, melhorando a qualidade do sono. Além disso, a prática de exercícios físicos apresenta um efeito analgésico ocorrente após liberação de endorfinas, funcionando como antidepressivo e, também, proporcionando uma sensação de bem estar global e de autocontrole (JONES *et al.*, 2002).

Além de exercícios físicos de caráter aeróbio, outros recursos fisioterapêuticos têm sido freqüentemente utilizados, entre eles destacam-se: a terapia manual (quiropaxia), a crioterapia, as técnicas de relaxamento (biofeedback), a eletroterapia (TENS e eletroacupuntura) e os exercícios terapêuticos, como a hidroterapia. Todos esses recursos trazem, mesmo que em

curto prazo, alguma melhora na capacidade funcional e no sono por aumentarem o limiar de dor e reduzirem a dor difusa e a fadiga (MARQUES *et al.*, 2002).

Além desses recursos, existem outros que ultimamente estão sendo utilizados que demonstram efeito positivo no combate aos sintomas da fibromialgia. Um deles, a acupuntura e eletroacupuntura parecem exercer efeitos benéficos como analgesia e relaxamento muscular. Em alguns fibromiálgicos existe referência de melhora da qualidade do sono. Outro tipo de tratamento, o psicoterápico, concentra-se nos problemas gerados pela interação entre a cronicidade da doença e o estresse dela resultante. O estresse psicológico deriva de pequenos eventos estressores cotidianos, sendo principalmente relacionado à incapacidade funcional (TEIXEIRA, 2001).

A terapia comportamental cognitiva (TCC) mostrou-se eficaz no manejo de muitas condições crônicas, entre elas a Fibromialgia. Sua base teórica está na experiência da dor e do sofrimento como resultado de uma complexa integração entre patofisiologia, cognição, afeto e comportamento. Seu principal objetivo está em construir estratégias de enfrentamento da doença (CLAUW, 2001).

Os estudos de biofeedback têm demonstrado efeitos benéficos, mesmo após 6 meses o término do tratamento, com significativa melhora no número de tender points, na dor generalizada e na rigidez matinal (FERRACCIOLI *et al.*, 1987).

A hipnoterapia tem igualmente demonstrado alguma eficácia no controle da dor em pacientes fibromiálgicos. Em estudo comparado com terapia física, oito sessões de hipnoterapia promoveram significativa melhora de pacientes resistentes a outros meios de tratamento (HAANEN *et al.*, 1991).

A mudança de hábitos e estilo de vida, incluindo as condições ergonômicas, é fundamental. Elas demandam tempo e exigem o auxílio contínuo do ambiente e dos profissionais de saúde. Uma abordagem quanto à dieta é de fundamental importância para os pacientes com fibromialgia. Novos hábitos alimentares devem ser adotados como redução de cafeína, álcool, alimentos refinados e processados. Deve-se estimular o consumo de legumes, frutas e peixes (CHAITOW, 2002).

A fibromialgia é uma condição crônica e sem perspectiva próxima de cura. A sintomatologia limita o indivíduo física e emocionalmente, gerando frustrações e, se o paciente apresenta depressão associada à fibromialgia, seus sintomas são exacerbados, trazendo um prejuízo maior à sua qualidade de vida.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo descritivo, do tipo *survey*, transversal, porque é um estudo que possui como técnica de pesquisa o questionário (THOMAS; NELSON, 2002). Os questionários foram aplicados como parte da consulta médica no Ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) de Curitiba - PR.

3.2 AMOSTRA

A amostra do estudo foi composta por 89 pacientes do sexo feminino, com idade entre 28 e 75 anos, apresentando diagnóstico de fibromialgia e que possuíam, no ano de 2005, acompanhamento médico pelo Ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) de Curitiba – PR.

O método de amostragem desse estudo caracteriza-se como sendo não-aleatório e por conveniência (THOMAS; NELSON, 2002) e os critérios de inclusão das mulheres baseou-se na premissa de que as pacientes apresentassem o diagnóstico de fibromialgia, segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia.

3.3 MATERIAIS E MÉTODOS

Para atingir os objetivos propostos neste estudo foi utilizado como instrumento para a coleta de dados o seguinte protocolo:

Protocolo de Fibromialgia: é um protocolo auto-respondido que aborda questões sobre o histórico familiar, co-morbidades, vícios, atividade física programada, tempo de início dos sintomas, *tender points* e dor generalizada crônica, tratamento farmacológico e não farmacológico, tempo de tratamento, eficácia do tratamento, sintomas e tempo de acompanhamento no ambulatório de reumatologia (Anexo 1).

Este protocolo de fibromialgia foi elaborado pelos médicos responsáveis do ambulatório de reumatologia do HC – UFPR, no ano de 2005. Ele é baseado em uma entrevista semi-estruturada, abrangendo questões abertas e outras fechadas, referentes aos tópicos do protocolo de fibromialgia supracitados.

As pacientes foram divididas em dois grupos: grupo “praticantes AF”, composto pelas pacientes que fazem atividade física e o grupo “não-praticantes AF”, formado pelas pacientes não-praticantes de atividade física e a partir dessa divisão que as variáveis foram tabuladas e comparadas com os estudos mais recentes publicados na área.

3.4 COLETA DE DADOS

A entrevista foi realizada pelo grupo de residentes do Ambulatório de Reumatologia do HC - UFPR no ano de 2005. Esse protocolo foi respondido durante a consulta das pacientes no ambulatório de reumatologia, sendo posteriormente cedido para esse estudo e, a partir desses dados já coletados, iniciou-se a tabulação e análise dos resultados obtidos.

3.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Os protocolos foram analisados através de estatística descritiva, estabelecendo média e desvio-padrão para os dados paramétricos e avaliadas as proporções, em percentagem, das respostas dos dados não-paramétricos.

Na análise estatística foi usado, também, o teste qui-quadrado, onde os dados são geralmente classificados em categorias, tais como sexo, idade, nível de atividade física entre outras. O qui-quadrado é uma técnica que fornece um teste estatístico quanto à significância de discrepância entre os resultados observados e os esperados (THOMAS; NELSON, 2002).

As diferenças entre os grupos foram consideradas para um nível de significância de $p < 0,05$. Os dados foram organizados e tabulados na planilha de cálculo Excel versão XP e analisados no programa SPSS for Windows, versão 14.0.

4 RESULTADOS

Neste estudo, as mulheres com fibromialgia apresentaram média de idade de $50,88 \pm 10,41$ anos. Quanto ao estado civil, 65,17% são casadas, 10,11% solteiras, 8,99% viúvas e 10,11% divorciadas. Grande parte das pacientes, 74,44%, estavam sendo acompanhadas pelo Ambulatório de Reumatologia por um período de um a cinco anos. O tratamento farmacológico era realizado por 93,26% das pacientes e 35,96% do total das pacientes participavam de tratamento não-farmacológico. Quanto à eficácia do tratamento, 69,66% das pacientes classificaram-na como regular, 17,98% como ruim e 11,24% como boa.

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS VARIÁVEIS

VARIÁVEIS	SIM		NÃO		Sem Resposta	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Distúrbio psíquico	25	28,09	62	69,66	2	2,25
Distúrbio osteomuscular	36	40,45	51	57,30	2	2,25
Distúrbio endócrino	30	33,71	57	64,04	2	2,25
<u>Medicamentos</u>						
Tricíclicos em doses baixas (sono)	49	54,44	41	45,56	0	0,00
Paracetamol (dor)	58	64,44	32	35,56	0	0,00
Fluoxetina ou SSRI (depressão)	23	25,56	67	74,44	0	0,00
<u>Sintomas</u>						
Sono não-reparador	67	75,28	21	23,60	1	1,12
Sintomas depressivos	36	40,45	52	58,43	1	1,12

As pacientes foram separadas em 2 grupos, um grupo de praticantes de atividade física (praticantes AF), que representam 47,19% do total de pacientes e o grupo das não-praticantes de atividade física (não-praticantes AF), que totalizam 52,81% da amostra. No grupo “praticantes AF” a média de idade é de $48,74 \pm 7,86$, em relação ao estado civil, 69,05% eram casadas, 9,52% solteiras, 4,76% viúvas e 14,29 % divorciadas, o tempo de tratamento das pacientes (85,71%) é de 1 a 5 anos e 61,90% delas classificam a eficácia do tratamento como regular. No grupo “não-

praticantes AF” a média de idade é de $52,79 \pm 12,02$, quanto ao estado civil, 61,70% eram casadas, 10,64% solteiras, 12,77% viúvas e 6,38% divorciadas. O tempo de tratamento das pacientes (72,34%) é de 1 a 5 anos e 76,60% classificam como regular a eficácia do tratamento. Em relação às co-morbidades, não foi identificada nenhuma diferença significativa entre os grupos.

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS CO-MORBIDADES CONFORME A PRÁTICA OU NÃO DE ATIVIDADES FÍSICA

VARIÁVEIS	“PRATICANTES AF”				“NÃO-PRATICANTES AF”			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Distúrbio osteomuscular	19	45,24	22	52,38	17	36,17	29	61,70
Distúrbio cardiovascular	19	45,24	22	52,38	23	48,94	23	48,94
Distúrbio endócrino	12	28,57	29	69,0	18	38,30	28	59,57
Distúrbio psiquiátrico	11	26,19	30	71,4	14	29,79	32	68,09
Distúrbio gastrointestinal	7	16,67	34	81,0	13	27,66	33	70,21
Distúrbio neurológico	4	9,52	37	88,1	3	6,38	43	91,49
Distúrbio respiratório	3	7,14	38	90,5	4	8,51	42	89,36
Distúrbio genito-urinário	2	4,76	39	92,9	1	2,13	45	95,74

Resultados significativos não foram encontrados entre os grupos ao analisar os hábitos de tabagismo e etilismo das mulheres.

TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS HÁBITOS CONFORME A PRÁTICA OU NÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

VARIÁVEIS	“PRATICANTES AF”				“NÃO-PRATICANTES AF”			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Tabagismo	5	11,90	36	85,7	7	14,89	38	80,85
Etilismo	6	14,29	35	83,3	2	4,26	42	89,36

Os sintomas mais verificados no grupo “praticantes AF” são o sono não-reparador, em 73,81% das pacientes, e os sintomas depressivos, acometendo 28,57% do grupo. No grupo “não-praticantes AF”, os sintomas mais presentes são o sono não-reparador (76,60%), sintomas depressivos (51,06%) e fadiga (25,53%) (Tabela 4). Não existiram diferenças quanto à presença de sintomas entre os grupos, exceto nos sintomas depressivos, onde essa diferença é estatisticamente significativa. O grupo “praticantes AF” apresentou menor quantidade de sintomas depressivos comparado ao grupo “não-praticantes AF” ($\chi^2 = 5,06$; $p = 0,0245$).

TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS SINTOMAS CONFORME A PRÁTICA OU NÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

VARIÁVEIS	“PRATICANTES AF”				“NÃO-PRATICANTES AF”			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Cefaléia	6	14,29	36	85,71	9	19,15	37	78,72
Sono não-reparador	31	73,81	11	26,19	36	76,60	10	21,28
Fadiga	9	21,43	33	78,57	12	25,53	34	72,34
Ansiedade	3	7,14	39	92,86	8	17,02	38	80,85
Parestesias	5	11,90	37	88,10	9	19,15	37	78,72
Sintomas depressivos *	12	28,57	30	71,43	24	51,06	22	46,81

* $\chi^2 = 5,06$; $p = 0,0245$

O tratamento farmacológico é realizado por 92,86% do grupo “praticantes AF” e por 93,62% do grupo “não-praticantes”. Os medicamentos mais freqüentes no primeiro grupo são os tricíclicos em baixas doses, o paracetamol e a fluoxetina ou SSRI (59,52%, 57,14% e 23,81%, respectivamente) e, no segundo grupo, os tricíclicos em baixas doses, paracetamol, codeína e a fluoxetina (51,06%, 70,21%, 25,53% e 27,66%, respectivamente). Em relação aos tipos de tratamento, verificou-se a existência de uma tendência estatística, o grupo “praticantes AF” apresentou menor proporção de indivíduos que fazem tratamento não-farmacológico comparado ao outro grupo ($\chi^2 = 2,74$; $p = 0,0977$).

TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE TRATAMENTO CONFORME A PRÁTICA OU NÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

VARIÁVEIS	“PRATICANTES AF”				“NÃO-PRATICANTES AF”			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Farmacológico	39	92,86	2	4,76	44	93,62	1	2,13
Não-farmacológico *	11	26,19	29	69,05	21	44,68	26	55,32

* $\chi^2 = 2,74$; $p = 0,0977$

5 DISCUSSÃO

A fibromialgia é uma doença que acomete principalmente mulheres com idade entre 30 e 50 anos, porém, neste estudo a idade média foi de $50,88 \pm 10,41$ anos, similar à média de idade da amostragem do estudo de Wolfe *et al.* (1990), que foi de 49 anos.

A presença de distúrbios nos diversos sistemas corporais é freqüente na fibromialgia. Conforme os resultados deste estudo pode-se visualizar que mais de terço das pacientes com fibromialgia apresentaram distúrbios endócrinos (33,71%), encontrando uma grande proporção de hipotireoidismo, exatamente 50% dos distúrbios endócrinos, sendo 16,85% do total da amostra. Esses resultados corroboram com o estudo de Freire *et al.* (2005), no qual 21,1% das 166 pacientes com fibromialgia do ambulatório de reumatologia e endocrinologia da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro apresentavam hipotireoidismo concomitante com a fibromialgia.

Segundo o estudo de Rezende *et al.* (2006), a dosagem sérica do TSH tem papel relevante na avaliação inicial do paciente fibromiálgico visando o seu diagnóstico diferencial ou a associação entre fibromialgia e hipotireoidismo. Nesse estudo, 10,2% da amostragem apresentou nível de TSH elevado (acima de 4,5 μ UI/ml), caracterizando-se como hipotireoidismo.

Com relação aos distúrbios do sono, observou-se que 75,28% das pacientes possuíam sono não-reparador. Esses distúrbios foram evidenciados por Marques (2004), em que o sono não-reparador ocorreu em 76 a 90% dos pacientes com fibromialgia, comparados aos 10 a 30% encontrados em sujeitos normais. Outro estudo que aborda os distúrbios do sono, Rezende *et al.* (2006), relata que 80,5% da amostra apresentam alterações no sono (sono não-reparador).

Apesar de afirmar que a atividade física é benéfica para o tratamento da fibromialgia, menos da metade das pacientes deste estudo (47,19%) praticavam alguma atividade. Marques *et al.* (2002) afirmou que a atividade física funciona como promotora na diminuição do impacto dos sintomas da fibromialgia, sendo que a atividade física de baixa intensidade, ou aquela em que o paciente é capaz de identificar o limite de seu esforço e dor, parece ser a mais efetiva.

A presença de sintomas depressivos em quase metade das pacientes (40,45%) provavelmente esteja relacionada às dificuldades encontradas em conviver com as dores crônicas, por outro lado os sintomas estão fortemente associados aos problemas psíquicos, tornando-se um ciclo vicioso. Os benefícios existentes no tratamento desempenham um papel importante na melhora da qualidade de vida, ainda mais quando são respeitados os limites de dor e esforço e, se alcançada a aderência ao programas de exercícios físicos, os ganhos podem ser importantes em longo prazo (KONRAD, 2005). Ainda em relação à depressão, no estudo de Berber (2004), 67,2% da amostragem apresentaram algum grau de depressão. Para a autora, a depressão piora consideravelmente o condicionamento físico, a funcionalidade física, a dor, a funcionalidade social e emocional.

Embora o sono não-reparador, os sintomas depressivos e a fadiga sejam os sintomas mais comumente referidos (75,28%, 40,45% e 23,60%, respectivamente), chama a atenção os distúrbios psicológicos, particularmente a depressão, pois este pode estar envolvido na etiopatogenia da fibromialgia (MARTINEZ *et al.*, 2002). A depressão é mais comum em fibromiálgicos, quando comparados com controles normais e mesmo com pacientes com de artrite reumatóide. A proporção encontrada neste estudo de sintomas depressivos (40,45%) chega a ser maior do que a encontrada por Antônio (2002) e Berber (2004), onde cerca de 25% dos pacientes com fibromialgia apresentam depressão intercorrente e 50% histórico anterior de quadros depressivos mais graves. A associação entre fibromialgia e depressão não está muito clara. Muitos dos sintomas da depressão, como a fadigabilidade, a falta de energia, falta de ânimo e os distúrbios do sono são idênticos àqueles da fibromialgia. Não se sabe ainda se existe apenas uma relação causal entre elas, de co-morbidade apenas ou se existiria um fator causal comum às duas enfermidades (ANTÔNIO, 2002; BERBER, 2004).

Em relação aos medicamentos utilizados no tratamento farmacológico, 54,44% das pacientes fazem uso de tricíclicos em baixa dosagem com a finalidade de aliviar seus distúrbios do sono. No estudo de Yunus (1994), os tricíclicos utilizados em baixas doses e a combinação entre compostos tricíclicos (amitriptilina e cilobenzaprina) tem mostrado eficácia na redução da dor e melhora do sono.

Neste estudo apenas 35,96% das mulheres relataram fazer algum tipo de terapia para complementar o tratamento farmacológico da fibromialgia, sendo a

fisioterapia a mais citada (62,16%). Grande parte dos estudos que utilizaram recursos fisioterapêuticos (DELUZE *et al.*, 1993; MARQUES *et al.*, 1994; GASHU e MARQUES, 1997) no tratamento da fibromialgia relataram melhora, mesmo que em curto prazo, da dor, da capacidade funcional, da fadiga e até mesmo do sono.

Fatores de risco relacionados à saúde como o tabagismo e etilismo também foram relatados por 45,34% das mulheres. São escassos os estudos que relacionam a fibromialgia com outros fatores de risco a saúde ou estilo de vida. Quanto maior o número de sintomas associados à fibromialgia, maior tende ser o rol de estratégias utilizadas para reduzi-los. O que foi constatado é que, em alguns casos, além do tabagismo, o etilismo e o abuso do uso de medicamentos não prescritos pelo médico para aliviar a dor são usados em demasia, ocasionando uma regressão do tratamento desses pacientes (BERNARD *et al.*, 2000).

Neste estudo não houve diferença significativa entre os grupos, exceto em relação aos sintomas depressivos ($\chi^2 = 5,06$; $p = 0,0245$) e uma tendência estatística em relação ao tratamento não-medicamentoso ($\chi^2 = 2,74$; $p = 0,0977$). Essa tendência mostrou que, se a amostra tivesse um número um pouco maior apresentaria um nível de significância menor que 5%.

Neste estudo não foram controlados os tipos e intensidade dos exercícios realizados pelas pacientes, apesar disso, o grupo praticantes AF apresentaram menor percentagem de sintomas depressivos.

As evidências da relação entre fibromialgia e depressão mostram que existe uma associação entre as duas enfermidades e esta relação não pode ser explicada pela hipótese de que fibromialgia causa depressão ou vice-versa. Existiria um fator etiológico comum às duas enfermidades. Porém não ficou comprovado qual seria este fator. As hipóteses mais aceitas são disfunções hipotalâmicas, disfunções do sistema límbico ou déficit de serotonina (HUDSON, 1996).

As desordens depressivas complicam o curso de qualquer doença através de uma variedade de mecanismos possíveis, como o aumentando a sensação de dor, impossibilitando a adesão ao tratamento, diminuindo o suporte social e desregulando os sistemas humoral e imunológico. Pacientes com doenças crônicas que estão depressivos mostram maior incapacidade que aqueles não depressivos (WULSIN, 2001).

6 CONCLUSÃO

O tratamento da fibromialgia permanece como um desafio para os profissionais da saúde. Neste estudo, o perfil das pacientes com fibromialgia apresentou uma maior presença de co-morbidades psíquicas e endócrinas, principalmente a presença de hipotireoidismo e depressão, fatores fisiologicamente associados.

A pequena proporção de pacientes que realizavam um tratamento não-medicamentoso e que praticavam alguma atividade física regular evidenciada nesta pesquisa demonstra a fragilidade do sistema de atendimento atual, pois a participação de equipe multidisciplinar que contemple, além da área médica, a área da atividade física, da fisioterapia, da nutrição e da psicologia é de suma importância, dessa forma possibilitando o fortalecimento da orientação no tratamento de pacientes com fibromialgia, visando atingir um melhor controle da dor e de outros sintomas, bem como possibilita a realização de atividades físicas para tornar os hábitos de vida mais saudáveis.

Não existiram diferenças significativas entre as variáveis entre os grupos, exceto em relação aos sintomas depressivos. Neste caso podemos constatar que as mulheres praticantes de AF, quaisquer que sejam, apresentam menores possibilidades de apresentar disfunções depressivas comparadas às mulheres não-praticantes de AF.

A limitação deste estudo foi que prática de atividade física realizada pelas pacientes não foi prescrita e controlada. Existe a necessidade de estudos onde a atividade física seja planejada e acompanhada por profissionais da área, como terapêutica não-medicamentosa em pacientes com fibromialgia.

REFÊRENCIAS

AHLES, T.A., KHAN, S.A., YUNUS, M.B., SPIEGEL, D.A., MAIS, A.T. **Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: a blind comparison of DSM-III diagnoses.** Journal of Psychiatric, v.148, p.1721-6. 1991.

ANTÔNIO, S. F. **Fibromialgia.** Temas de Reumatologia Clínica, 3(2), 12-13, 2002.

BERBER, J. S. S. **Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida dos pacientes com Fibromialgia.** Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis/SC. 2004.

BERNARD, A.L., PRINCE, A., EDSALL, P. **Quality of life issues for fibromyalgia patients.** Arthritis Care & Research, v. 13, n. 1, p. 42-50. 2000.

CHAITOW, L. **Síndrome da Fibromialgia. Um guia para o tratamento.** São Paulo, Editora Manole. 2002.

CLAUW, D.J. **Ruddy: Kelley's Textbook of Rheumatology.** 6.ed. W. B. Saunders Company: sl. 2001.

CROFT, P., SCHOLLUM, J., SILMAN, A. **Population study of tender points counts and pain as evidence of fibromialgia.** British Medical Journal. v.309, p.696-99. 1994.

DA COSTA, S.R.M.R., NETO, P.S.D., TAVARES-NETO, J., KUBIAK, I., DOURADO, M.S., ARAÚJO, A.C., ALBUQUERQUE, L.C., RIBEIRO, P.C. **Características de pacientes com síndrome de fibromialgia atendidos no Hospital de Salvador-BA, Brasil.** Revista Brasileira de Reumatologia, v.45, n.2, p. 64-70. 2005.

DELUZE, C., BOZIA, L., ZIRBS, A., CHANTRAINE, A., VISCHER, T. L. **Electroacupuncture in fibromyalgia: results of a controlled trial.** British Medical Journal, 305(6864), p. 1249-1252. 1992.

FERRACCIOLI, G., GHIRELLI, L., SCITA, F., NOLLI, M., MOZZANI, M., FONTANA, S. **EMG – biofeedback training in fibromyalgia syndrome.** Journal of Rheumatology; 14:820-5, 1987.

FREIRE, M., TEODORO, R.B., OLIVEIRA, L.B., CUNHA, S.F.C., FERREIRA, B.P., BORGES, M.F. **Concomitância de Fibromialgia em Pacientes Portadores de Hipotireoidismo e de Alterações Tireoideanas em Pacientes com Fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 46, n. 1, p. 11-15. 2006.

GASHU, B.M. & MARQUES, A.P. **Efeito da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) sobre os tender points dos pacientes fibromiálgicos. Estudo preliminar.** Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 21, n. 2, p. 57-62. 1997.

GOLDENBERG, D. L. **Treatment of Fibromyalgia Syndrome.** Rheumatic Disease Clinics of North America, 15(1), 61-71, 1989.

GOLDENBERG, D. L., MAYSKY, M., MOSSEY, C., RUTHAZER, R., SCHMID, C. **A randomized, double-blind crossover fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia.** Arthritis & Rheumatism, 39(11), 1852-1859, 1996.

HAANEN, H.C., HOENDERDOS, H.T., VAN ROMUNDE, L.K., HOP, W.C., MALLEE, C., TERWIEL, J.P. **Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia.** Journal of Rheumatology; 18:72-5, 1991.

HARRISON, T.R. **Medicina Interna.** 16ªed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda. 2006.

HUDSON, J. **The Relationship Between Fibromyalgia and Major Depressive Disorder.** Rheumatic Diseases Clinics of North America, v. 22, n. 2. 1996.

JACOBSEN, S., PETERSEN, I.S., DANNESKIOLD-SAMSOE, B. **Clinical features in patients with chronic muscle pain – with special reference to fibromyalgia.** Scandinavian Journal of Rheumatology, v.22, p.69-76. 1993.

JONES, K.D., BURCKHARDT, C.S., CLARK, S.R., BENETT, R.M., POTEMPA, K.M. **A randomized controlled trial of muscle strengthening versus flexibility training in Fibromyalgia.** Journal of Rheumatology, v.29, p. 1041-48. 2002.

KONRAD, L.M. **Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia.** Dissertação (Mestrado em Educação Física). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2005.

KOOPMAN, W.J. **Arthritis and allied conditions.** Williams & Wilkins. 13.ed. 1997.

LEVENTHAL, L. J. **Management of fibromyalgia.** Annals of Internal Medicine, 131(11) 850-858, 1999.

MARQUES, A.P., MENDONÇA, L.L.F., COSSERMELI, W. **Alongamento muscular em pacientes com fibromialgia a partir de um trabalho de reeducação postural global (RPG).** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 34, p. 232-234. 1994.

MARQUES, A. P., MATSUTNAI, L. A., FERREIRA, E. A. G., MENDONÇA, L. L. F. **A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: uma revisão de literatura.** Revista Brasileira de Reumatologia, 42(1), 42-48, 2002.

MARQUES, A.M. **Qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia: poder de discriminação dos instrumentos de avaliação.** Tese (Doutorado em Medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MARTINEZ, J.E., CRUZ, C.G., ARANTA, C., LAGOA, L.A., BOULOS, F.C. **Estudo qualitativo da percepção das pacientes sobre fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 42, n. 1, p. 30-36. 2002.

MCCAIN, G. A. **A Cost-effective approach to the diagnoses and treatment of Fibromyalgia.** Rheumatic Diseases Clinics of North America, 22(2), 323-349, 1996.

PROVENZA, J.R., POLLACK, D.F., MARTINEZ, J.E., PAIVA, E.S., HELFENSTEIN, M., HEYMANN, R., MATOS, J.M.C., SOUZA, E.J.R. **Projeto Diretrizes: Fibromialgia.** Sociedade Brasileira de Reumatologia. 2004.

REZENDE, L.S., REZENDE, L.S., RADOMINSKI, S.C., PAIVA, E.S. **A Relevância da Dosagem do Hormônio Estimulante da Tireóide em Pacientes com Fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 46, n. 1, p. 73-74. 2006.

RUSSELL, I.J. **The clinical and scientific basis of myalgic encephalomyelitis / chronic fatigue syndrome.** Ottawa: Nightingale Research Foundation. 1992.

SILVA, L. C., ABREU, A. C., PELEGRINO, O. S., COELHO, O. S. **O valor da contagem de pontos dolorosos no diagnóstico da fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, 37(6), 317-322, 1997.

SKARE, T. L.; **Reumatologia: Princípios e Prática.** Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2001.

TEIXEIRA, J. & FIGUEIRÓ, J.A.B. **Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento.** São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr., 2001.

THOMAS, J.R. & NELSON, J.K. **Métodos de pesquisa em atividade física.** 3ed., Artmed. Porto Alegre, 2002.

VALIM, V. C., ASSIS, M. R., PETEAN, F. C., LOUZADA JUNIOR, P., LIRA, R. F., OKINO, G. R., DONADI, E. A. **Zolpiden no tratamento da fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, 37(4), 183-186, 1997.

WINFIELD, J. **Pain in Fibromyalgia**. Rheumatic Disease Clinics of North America, v.25, n.1. 1999.

WOLFE, F., SMYTHE, H.A., YUNUS, M.B., BENNET, R.M., BOMBARDIER, C., GONDENBERG, D.L., TUGWELL, P., CAMPBELL, S.M., ABELES, M., CLARK, P., FAM, A.G., FARBER, S.J., FIECHTNER, J.J., FRANKLIN, C.M., GATTER, R.A., HAMATY, D., LESSARD, J., LICHTBROUN, A.S., MASI, A.T., MACCAIN, G.A., REYNOLDS, W.J., ROMANO, T.J., RUSSELL I.J., SHEON, R.P. **The American College of Rheumatology criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee**. Arthritis & Rheumtism, v.33, p.160-172. 1990.

WOLFE, F., ROSS, K., ANDERSON, J., RUSSEL, I.J., HERBERT, I. **The Prevalence and Characteristics of Fibromialgia in General Population**. Arthritis and Rheumatism Journal, v. 38, n. 19, 1995.

WOLFE, F. **The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic**. Ann Rheum, v.56, p.268-71. 1997.

WULSIN, LR. **Jacobson: Psychiatric Secrets**. 2 ed. Hanley and Belfus, 2001.

YUNUS, M. B. **Psychological aspects of Fibromyalgia Syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome**. Baillière's Clinical Rheumatology, v. 8, p. 811-837, 1994.

YUNUS, M.B., MASI, A.T., CALABRO, J.J., MILLER, K.A., FEIGENBAUM, S.L. **Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls**. Seminars in Arthritis & Rheumatism, v.11, p.151-171. 1981.

ANEXO 1

PROTOCOLO DE FIBROMIALGIA

História familiar:

Doenças psiquiátricas ☐ SIM ☐ NÃO

Qual? _____

FMG (fibromialgia) ☐ SIM ☐ NÃO

Comorbidades:

Doença psiquiátrica ☐ SIM ☐ NÃO

Qual? _____

Doença osteomuscular ☐ SIM ☐ NÃO

Qual? _____

Doença cardiovascular ☐ SIM ☐ NÃODoença gastrointestinal ☐ SIM ☐ NÃODoença respiratória ☐ SIM ☐ NÃODoença do aparelho genito-urinário ☐ SIM ☐ NÃODoença neurológica ☐ SIM ☐ NÃO

Qual? _____

Doença endocrinológica ☐ SIM ☐ NÃO

Qual? _____

HCV ☐ SIM ☐ NÃO

Outras _____

Vícios:

Tabagismo ☐ SIM ☐ NÃO

Quantos cigarros por dia? _____

Há quanto tempo? _____

Etilismo ☐ SIM ☐ NÃO

Drogadição ☐ SIM ☐ NÃO

Atividade física programada (minutos por semana): _____

Tempo de início dos sintomas:

☐ < 1 ANO ☐ DE 1 A 5 ANOS ☐ > 5 ANOS

Preenche critérios: tender points e dor ☐ SIM ☐ NÃO

generalizada por mais de 3 meses:

Faz tratamento: ☐ SIM ☐ NÃO

Tratamento farmacológico atual:

SONO:

Tricíclicos em doses baixas = ou < 50 mg ☐ SIM ☐ NÃO

Ciclobenzaprina ☐ SIM ☐ NÃO

Benzodiazepínicos ☐ SIM ☐ NÃO

Trazodona (donarem) < 100 ☐ SIM ☐ NÃO

Zolpidem ☐ SIM ☐ NÃO

DOR:

Paracetamol ☐ SIM ☐ NÃO

Dipirona ☐ SIM ☐ NÃO

AINH ☐ SIM ☐ NÃO

Codeína ☐ SIM ☐ NÃO

Tramadol ☐ SIM ☐ NÃO

Combinação de opióide e não opióide ☐ SIM ☐ NÃO

ANTIDEPRESSIVOS:

Tricíclicos > 50 mg ☐ SIM ☐ NÃO

Trazodona > 100 ☐ SIM ☐ NÃO

Fluoxetina ou SSRI ☐ SIM ☐ NÃO

Outros _____

Tempo de tratamento ☐ < 1 ANO ☐ DE 1 A 5 ANOS ☐ > 5 ANOS

Eficácia do tratamento ☐ RUIM ☐ REGULAR ☐ ÓTIMA

Último FIQ C _____

Último FIQ N _____

Faz tratamento não farmacológico? ☐ SIM ☐ NÃO

FST (fisioterapia) ☐ SIM ☐ NÃO

Acompanhamento psicológico ☐ SIM ☐ NÃO

Terapia ocupacional ☐ SIM ☐ NÃO

Exercício aquático ☐ SIM ☐ NÃO

Sintomas:

Cefaléia ☐ SIM ☐ NÃO

Apnéia do sono ☐ SIM ☐ NÃO

Síndrome das pernas inquietas ☐ SIM ☐ NÃO

Sono não reparador ☐ SIM ☐ NÃO

Fadiga ☐ SIM ☐ NÃO

Ansiedade ☐ SIM ☐ NÃO

Parestesias ☐ SIM ☐ NÃO

Síndrome do intestino irritável ☐ SIM ☐ NÃO

Bexiga irritável ☐ SIM ☐ NÃO

Dor miofacial – Trigger points ☐ SIM ☐ NÃO

Sintomas depressivos ☐ SIM ☐ NÃO

Outros _____

Tempo de acompanhamento no ambulatório de reumatologia

☐ < 1 ANO ☐ DE 1 A 5 ANOS ☐ > 5 ANOS